

次社会における精神保健医療・福祉システムの 構築にむけて

——外と内と排除の論理をめぐって——

岡 村 正 幸

〔抄 録〕

本論文はわが国の精神保健医療福祉領域において1970年代以後、喫緊に求められる法制度改革について、国際的な脱施設化を軸とする精神科医療改革の進展を踏まえ、その基底となる目指す社会の構成について「多元的循環型社会」の視点から「暮しの場所とその質」を問う、まちなかケアについて明らかにしようとするものである。

これらは筆者らがこの数年、取り組んできた「精神保健医療福祉領域におけるシステム要素の変更と軸の移動」という研究課題の次なる課題設定であり、いわゆる「脱施設化」から「脱制度化」論への進展を踏まえ制度、政策議論としては課題の緊急性の中、多様な参加者のもととなかなか進まないわが国での議論の閉塞状態への新たな提案をもつものである。それは歴史的展開での諸外国における新たな精神保健医療福祉領域での「内」と「外」の議論と意味の解明であり、同時に後期近代における新たな価値、文化としての多様性や共生、包摂に関わる検討でもありその根底には近代社会の発展と共に常に内包される排除の論理をいかに克服するのかといった意図をもつものである。

キーワード：多元的循環型社会，脱制度化，排除の論理，政治の時代，まちなかケア

は じ め に

ここで取り上げるのは次社会における精神保健医療・福祉システムの構築にかかる課題の整理、検証である。しかしこの議論はシステムにおける本人位置づけの不在とともに「抱え込んだ膨大な私的精神科病院病床数」を軸にわが国のこの領域での現状への危機感と国際的な批判を背景に、この30年ほどの間、医療や看護、福祉等の専門家や当事者・家族にとって国をも

巻き込み何とかしなければならない喫緊の政策的課題と認識されてきた。したがって政策的には「脱施設化」のもと地域移行や地域再定住、「これからの精神保健医療福祉のあり方検討委員会」（2017.2）における「地域包括ケアシステムの構築」や「精神病床のさらなる機能分化」などにみられるように、そのための提言とともに国のレベルを含め実に多くの審議会の設置やそれに伴う法改正が行われてもきた。しかしそれにもかかわらず、主指標である精神科病床数や入退院をめぐる法的な本人の位置づけにしても事態はほぼ動きを見せることなく推移してきたように見える。しかし一方、その基本構造、いわゆる1960年体制が維持されるなか、地域における精神保健医療福祉領域での活動や事業は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以後、障害者総合支援法）など新たな障害者福祉立法を背景に具体的な広がりを見せはじめ一見、全体構造を変容させるかもしれない力を蓄積し始めているようにも見える。ではわが国における精神科病院を含む精神保健医療福祉の基本構造の変容は始まっているのか。

実は多くの国ではこうして1970年代頃から取り組まれてきた精神保健医療福祉システムの移行に伴う変容は、「脱施設化」と表現され、図1にみるように精神科病床数の削減が一つの指標に焦点化されておりそのもとでの地域支援の拡充策のあり方をめぐって検証、議論されてきた。

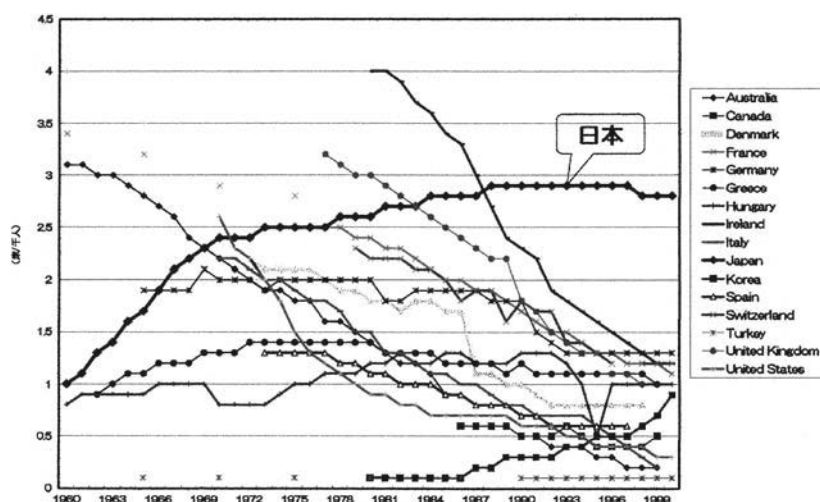


図1 病床数（諸外国との比較）

資料：OECD Health Data 2002（1999年以前のデータ）

OECD Health Data 2007（2000年以降のデータ）

そうした中、この間、幾つかの国や地域の訪問を通し、それぞれの脱施設化やその後の市民社会の有り様を検証するにつけ、またその違いの存在と共に、果たしてそれが次社会における「精神障害者がごく普通の市民として働きながら共に暮らす社会の形成」につながっているのか。欧州を中心に進む精神科病床の削減や病院閉鎖とその後の社会については、単に脱施設化

の進展というだけでなくいま一度、再検証してみる必要がある。

つまり精神科病院の「内」から退院して地域という「外」に出ることの意味の検証である。精神科病院に入院する「外から内へ」という事象は実はそれを「外」が必要とするものであり、そこには歴史的に一定の排除の論理が働いていることが指摘されており、歴史的に見れば近代社会の成立とともに、例えばE. ゴッフマンが取り上げたアサイラム（全制的施設）⁽¹⁾のように社会的要請を受けそのためになにがしかの閉じられた共同的な「内」が空間として準備される。しがたがって、逆に「内から外に出る」（退院）というのはただそれだけでは、内を必要としていた外に戻る事を意味していることになる。

この点に関し人類学の立場からイタリア精神科医療改革の分析と意味付けをおこなった松島は次の様に重要な指摘をしている⁽²⁾。

「銘記すべきは、それが「精神病院の廃止」であって「脱施設化」ではなかったという点である。「脱施設化」の場合、地域にでるのは被収容者だけであり、それゆえ何万人外に出すかということが問題となるわけだが、「精神病院の廃止」の場合は、被収容者だけでなくスタッフもみな外に出たのである。重要なのは、精神病院という「施設 (istituzione)」を廃止しなければならないと考えられたのは、それ自体が最終目的だったからではなく、あくまでも、精神病院という施設を必要としそれを支えている諸々の「制度 (istituzione)」を根本的に組み替えることが問題だったのだということである。」

このことは同様にイタリア精神科医療改革の指導者であったF・バザーリアによっても次の様に表現される。病院の閉鎖の意味について「病院の論理の遂行をやめるとということです。壁が残っているかどうかは問題ではありません。私たちは壁の内外の文化を変えることによって、施設の論理を破壊するのです。……私たちは壁を問題にしているのではなく、施設の論理を問題にしているのです。」⁽³⁾

つまり、1978年、180号法（通称バザーリア法）によって精神科病院の閉鎖への取り組みがはじまるが、その後、さまざまな反対運動を乗り越え、約20年をかけて、1999年、全ての公立精神科病院の閉鎖にたどり着く。しかし重要なのは病院が閉鎖されたということではなく、この間、精神障害者を再び受け入れたまちや人々がどのような取り組みを行ったかということである。例えばエリア24時間ケア体制の整備や社会的協同組合による雇用の確保などにみられるものであり、それは精神科医療はあっても精神科病院を必要としないまち作りであり、市民としての当事者の生活をまちの中に作り出していく試みである。それは当時のイタリア、トリエステの精神保健局長デラックエアがこの歴史はまさに「時間がかかります。文化を変えていく闘いだったのだから。」と表現したことに表れている⁽⁴⁾。

ここではフランスに起源をもつと言われる「排除の論理」を歴史的に幾つかの事実の中で整理しながら、精神保健医療福祉領域における「脱施設化」と「脱制度化」について次社会における精神保健医療福祉システムと市民社会のあり方に関わらせ検証してみたい。

1. 精神科医療における「内」と「外」について

ここで検証の対象とするのはわが国の精神保健医療・福祉システム軸の移行に関わって「内」と「外」と排除の現実である。

貧困研究の立場から岩田はそれは参加の欠如・不確かな帰属とし、社会的排除について、一つは空間的な排除とし「しばしば特定の集団を特定の場所から排除し、その結果排除される人々が特定の場所に集められる。また、その結果として特定の場所それ自体が、排除された空間として意味づけられていく」と指摘する。また制度との関係では、特定の人々が制度から排除される面と、制度それ自体が排除を生み出す側面があるとする。その上でこうした二つの側面がある社会的排除論は次のような点が重要だとする。その一つは社会的排除がつねに社会との関係で用いられ、社会の中の個人を問う（人は社会を必要とする）と同時に、その社会そのものを問う（社会は人を必要とする）概念であると共に、こうした社会的排除論の有効性として一つに、現実の包摂策を批判しつつ、次なる社会の構想を具現化する可能性をもっていること。さらに排除の連鎖の形成に関わり「排除の主体を織り込んだ排除のプロセスを問題に出来る事。」加えて近代国家における福祉国家の包摂と排除の機能の政策的解明を可能する。例えば「統治からこぼれていこうと人々」の包摂のために、一定の「対処」の仕組みをもつものとし、その例として治療（教育や訓練）と隠蔽（施設や特定の場所への隔離や、逆に空間的分散）な抹殺（追放）といった類型化を紹介している。こうした近代化の負の側面として例えばアメリカの脱施設化政策後のホームレスの増加といった事を指摘しつつ、バウマンの「人的廃棄物」の不可避の生産と「廃棄物処理施設」論などを引き合いに出しながら、近代社会の成立、発展と共にその裏に隠蔽されてきた対処の仕組みの実態について迫れる重要な可能性について言及している⁽⁵⁾。

こうした歴史における事実がわが国においても同様であり、北原の都市の成立と貧困と狂気の研究などにもあるように明治期、近代社会の立ち上がりとともにいわゆる「狂気」や逸脱といった行為が社会の中において、徐々に家族や共同体において時に内包や排除に揺れ動きつつ、やがて医療や福祉に捕捉され、治療や保護の対象になっていくという歴史的事実がある⁽⁶⁾。

身近な話からこの点に関して検証する。

ここ数年、国の内外で精神疾患と精神科病院を取り上げたドキュメントの映画が公開されさまざまなまち作りの中で多様な注目を集めている。それらは例えば次のようなものである。

- ① LA SECONDA OMBRA 「ふたつめの形」 シルヴァーノ・ビオヴァーニ監督 2000
（イタリア）
- ② La Moindre des choses 「すべての些細な事柄」 ニコラ・フィリベール監督 1996
（フランス）

- ③ TIL MADNESS DO US PART 「収容病棟」 Wang Bing 監督 2013
（香港・フランス・日本）
- ④ Bethel: Community and Schizophrenia in Northern Japan 「クレージー・イン・ジャ
パン」 Karen Nakamura 監督（2014）医学書院
（日本）

これらはよく紹介されるトリエステの現状が決してイタリア精神科医療そのものではないように、それぞれに映しだされる現実がその国のすべてではないことを前提とし、しかしその国の一部であるという事実を踏まえつつ、例えば中国の辺境地、雲南省の精神科病院の日常をドキュメントとして画いた王兵（ワン・ビン）の映画「収容病棟（原題：瘋愛）」では、精神科病院という内側が実は外であり、外側が実は内でもあるという連結の事実を、つまり内側の成立はそれを外側が必要としているものであり、外に出たとしてもそれは内側を必要とする外であるという現実を直視しなければならないことを教えてくれる。その意味で、壁の外に出るということはそれほどの意味をもたないということにもなる。

ワン・ビンは「彼らの日常生活の繰り返しは、時間というものの存在を増幅させる。時間が止まるとき、そこに人生が現れる」という。

この4時間に及ぶ大作の中で唯一、病院を出て家に帰ることになるジューという若者は、再び彼を迎えるのが彼をなにがしかの理由によって入院という「内」に排除せざるをえなかった「外」という場であるという現実である。したがって帰っては見たものの彼の居場を見つけ出すことは出来ない。それは決して病気ということではなく向かい入れる家族や地域の貧しさであり、身の置き場のない時と場所でしかない。病院に収容されていることは「ある者には残酷でも、ある者にはむしろ幸福ともいえる」（ワン・ビン）。

この辺境地の病院に入院しているのは、実に多様な人々であり、それは精神疾患という病の治療を第一義的にしているというよりも、その社会の中の「厄介者（映画の中での表現）」の内への排除であるという点において同一の意味をもっている。彼・彼女らは精神障害者であり、一人っ子政策の違反者であり、知的障害者であり、中央への直訴者であり、さまざまな排除されたものであり、その背景には貧しさがある。

わが国ではこの20年ほど、社会的入院の解消と共にシステムにおける病院から地域への主フィールドの移行が政策的に重要な課題としてさまざまな分野で強調されてきた。もちろんその必要性は認めるとしてもしかし一定の時間をもつ目指すべき政策的な変容としてみると移行はそれほど中心的な課題ではないということが分かる。

こうした点について松嶋はアスカニオ・チュレステーニの一人芸における「黒い羊」を紹介しながら彼の問いかけをつぎのように言う。「病院の「外」にでる。いいだろう。ではその「外」とはいったいどんな場所なのか。それは「外」に見えて、本当はもっと大がかりな「内」ではないのか。」と⁽⁷⁾。

こうしたことから見ると、2014年、厚生省の検討会で提案、議論されたいわゆる「精神科病棟転型居住施設」という提案ものつ、違和感が何を意味するのかについても明確になる。この提案は2004年、精神保健医療福祉の改革ビジョンとして「入院医療中心から地域生活中心へ」の改革を進めるために進められた、10年間での社会的入院の解消や精神科病床の削減を含む地域移行が一向に進まない中で、取りあえずの対応策として提案され、その後、厚生労働省の省令とし特例で認めた「地域移行支援型ホーム」いわゆる敷地内グループホームとして具体化された。提案者は「長期入院者への地域生活の移行支援に力を注ぎ、また、入院している人たちの意向を踏まえたうえで、病棟転換型居住系施設、例えば、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等への転換において、時限的であることも含めて早急に議論していくことが必要。最善とはいえないまでも、病院で死ぬことと、病院内の敷地にある自分の部屋で死ぬことには大きな違いがある。」⁽⁸⁾という、当初マスコミや日本精神科病院協会などが注目した発言は何を意図、意味しているのであろうか。まさに「内の中」にまた「外を作る」がしかし「内」だったということになる。したがって、今日的に緊急の課題とされる精神保健医療福祉領域の改革は、実は脱施設化としての地域移行が課題というより、正確には「脱制度化」として次なる社会やそのもとでの価値、規範、文化といったこととともに、市民社会のあり様についての課題設定をしなければならないことがわかる。

1980年代以後、後期近代において模索される次なる社会とはいかなる社会なのか、経済的發展を前提に、国家という公共による人への寄与を社会の価値の基礎に置くのではなく、すでに有限である様々な社会因子を前提とした多元的な循環型社会における、精神科医療の方法とそこで精神障害者がどのような「暮らしの場所とその質」を獲得できるのかが大きな課題になってくる。

2. わが国における精神保健医療福祉の歩みと課題 内と外の論理

さてこうした内と外の論理に着目し、わが国の精神保健医療福祉の歴史を整理すると、法制度の構造からはほぼ、三期に区分することが出来る（図2）。それは、現在をも強く拘束する1960年代体制の形成と維持、そして国が言う地域移行という構造的な改革に関わる課題でもある。

わが国での精神障害者に関する全国的な最初法律である1900年、精神病者監護法1919年、精神病院法からはほぼ100年以上を経ているがその歴史は、医療、雇用、福祉等の整合的な法的未整備を前提としても日本国憲法の制定をへて、対応する新法が生まれる1950年までを一期とする。この間、基本的には家族を解決の責任基盤とし、唯一といってもいい医師を中心とする援助専門家による方法としての閉じられた援助空間である精神科病院への入院との連結によって、外が内を必要とし、それは市民社会から排除され、閉じられたシステムとして運用さ

れていた。

もちろんこのシステムは多くの国の近代社会の形成期に同様の内容をもって立ち上がっているものであるが、特にわが国においては公的医療の未整備と法的にも本人不在と強い家族への依存、解決責任の転化という特徴を持っており、それが以後の制度整備の障害になって行くことになる。

1945年、日本国憲法の制定はそれまでの監護的二法の内容を継続することを許さず新たな近代的精神科医療を前提とした法整備を必要とし、それが、現行法の起点となる1950年、精神衛生法の制定になる。それは1970年代以後、基本的に国連・国際障害者年のもとノーマライゼーションなどの進展といった国際的な動向を背景に福祉法制度が精神障害者を視野に取り込むことになる1993年、障害者基本法の制定とそれを受けた1995年、精神保健福祉法の制定までを第二期と考えることができる。もちろんこの期の法律は徹底して精神科病院への入院手続きや業務規定を唯一とっていい内容をもつものであり、精神障害者が「厄介者（前出）」でなくごく普通の市民として働きながら共に暮らせる地域の形成といった事への視点は法構造や医療哲学からは見られない。

しかし、この期には、2度ほど制度的転換の機会があったと考えられる。そのひとつは国際的な精神科医療における地域指向が進み、退院の現実化とともに精神科病床数の急速な削減を背景としたわが国の法制度の見直しを求める国内外の動きである。その一点は、精神科病院と家族への異常なまでの執着を見直し、保健所への注目や地域で精神障害者への配達・支援型サービスを模索する法制度の検討であった。しかしこの動きは周知のように時の駐日大使E.ライシャワーへの精神障害者による傷害事件に対するマスコミ等による「またも野放し」報道などにより、地域での「支援」は「管理」へと急展開し、結果、一部在宅ケアへの視座はみられるものの、主として治安的要素を盛り込んだ精神衛生法の一部改正に落ち着くことになる。もちろん別に検証するがこの時期、国が取った急速な私的精神科病院の肥大化と共に保健所などにおける保健医療の地域ケアが主として感染症対策を基本形としていたことを考えれば慢性疾患としてのケアの確立はそれほど容易でなかったことは想像に難くない。

次の転機は、社会システムの面から見ると、1970年代から見られた前期近代の行き詰まりの中、新たな後期近代に向けて多くの領域で制度、政策的修正をどのように行うのかをめぐる国際的な「政治の時代」を背景としている。もちろん精神保健医療福祉システムもその中にあったことはいまでもない。この時期、それでも少しずつ地域での事業が社会復帰という言葉と共に共同作業所作りなどとし展開し始めることになる1980年代前後からである。この時期は病院医療への関心と関与が入院から退院、社会復帰へと方法的に広がりを見せ始めることによって専門職の地域への移動と共に精神衛生から地域精神保健という事業の蓄積が始まっている。

いわゆる「脱制度化」という文脈で考えるなら、この時期注目されるのは、1979年、障害児・

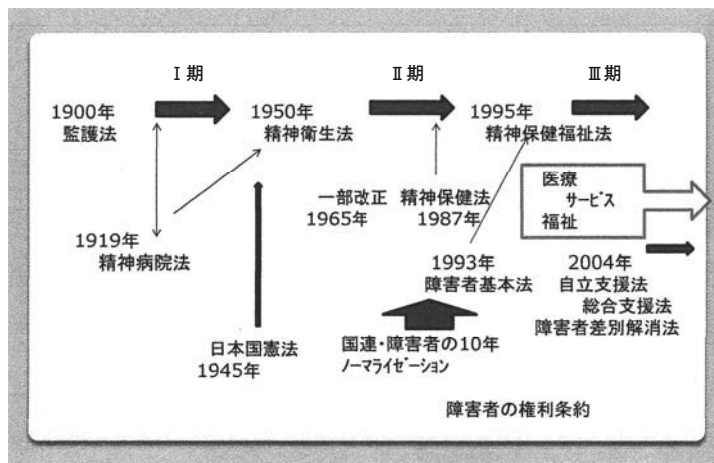


図2 わが国における精神保健医療福祉の歩み

者教育の義務化による卒業後問題への教育，福祉関係者と家族や市民による共同という思想と実践の発生としての小規模作業所の立ち上げと広がり，精神保健福祉分野への影響である。保健所や住民などとの協力により各地で広がり始めた共同作業所作りは瞬く間に地域での拠点，居場所としての地位を獲得し始める。居場所は多様な交流を拡大し，経験を蓄積する。さらに急速な経済発展が引き起こした公害問題や生活，環境問題等を背景に全国に広がった住民運動と革新自治体は当時豊かだった自治体財政の自主財源による条例作りを通して国による制度でなく，自治体事業補助制度を通してこの事業の拡大を後押ししていくことになった。この流れはコミュニティや自治体や，住民の自治力の可能性とともに多様な経験を通し，それまでの精神科医療に強く束縛される精神障害者に当事者としてまた市民としての可能性を持ち込むことになっていく。それはまさに「政治の時代」後の選択につながるものである。

もし，この時期，国が広がりはじめたこうした病院から地域への始動，その中での自治能力の強化などを法制度に取り込む検討の中でこうした地域の共同作業所などを法制度の中に位置づけ，認可施設としての実態を承認し，雇用を軸に地域づくりの拠点とすることが出来ていれば事態は変化を見せ始めることになったかも知れない。しかし結果としてこの事業は病院精神医療の復権といわゆる1960年代体制そのものの中で対応，処理されることになり，施設コンフリクトとともにまたもや多くは法内社会復帰施設として財政基盤をもちかつ地域の治安的不安への対応力をもつとされる私的医療資本が事業の受け手となっていく。そこではイタリアでみられたような再び地域で暮らすための文化や価値をめぐる選択や闘いはなく，援助哲学や倫理的検討，さらにまち作りへの展開といったことの変容が起こることはなかった。

こうして法改正を含む制度改革としての二度の変容の可能性は具体化されることなく，岡田が「私的病院が伸びていく傾向がはっきりしてきて，例の「特例」で医者・看護師は少なくてよい，そして土地の問題もあって，居住地から離れたところに来る。しかも単科の大病院で

す。そこに送り込む。日本的な精神科医療の戦前から続いている基本的な方向がはっきりした形で1960年前後に定まりました。』⁽⁹⁾という1960年代体制は温存される事になる。

その後、障害者基本法において国連での国際障害者年の取り組みを背景に精神障害者を障害者と規定したことを受け、1995年、言葉としては福祉を取り込む精神保健及び精神障害者福祉の関する法律（以後精神保健福祉法）に改正され、一方で、障害者自立支援法から障害者総合支援法という福祉関係法の整備における3障害の一元化により「障害者の自立から基本的人権を享有する個人としての尊厳」を目的とし、自立支援給付から地域生活支援事業にいたる福祉サービスの利用が可能となる現在までを第三期とする。この時期は一方で国の意志を示す2004年「精神保健福祉の改革ビジョン」やその後、多くの審議会、検討会による精神科医療の改革として維持しつつ膨大な精神科病床数の削減や機能分化とともに地域移行や地域再定住といった多様な改革提言が出され、幾度にもわたる法改正が実施されていくも大きな変容は起こらない。

ところが、この時期になると一方では障害者総合支援法のもと、サービスの生産と供給の多元化とともに1990年代改革以後の基礎構造改革を背景とした分権化や規制緩和による多くの法改正が行われ、2000年、社会福祉法施行による社会福祉法人やNPO等、多元的な供給者によって就労やホームヘルプ、生活介護や相談、居宅支援など多くの地域支援事業が立ち上がってくる。それらは精神障害者が地域で「生きる場」を確保することに大きな可能性を見せ始めているようにも見える。しかし基本的な1960年代体制の温存と、こうした地域における新しい事業の立ち上げがいわゆる精神保健医療福祉システムの基本構造の変更につながっているのかについては就労継続支援A型事業所の混乱などをみるにつけ慎重な検証が必要と思われる。確かに、国内でもそれとしての規模を持つ精神障害者地域支援事業は数多く認められるようになったが、それがいわゆる「外・内」議論を踏まえて、ごく普通の市民として働きながらともに暮らせる社会という内を含む外社会の形成につながっているのかというまだまだ大きな課題を抱えたままというのが現実のように思える。

すでに触れたように、外が必要とする内は依然として数多く温存されたままであり（例えば大量の私的精神科病院病床数）、たとえ、外に出たとしても、内を必要とする外の社会の基本構造はそれほど変わっていない。それはあたかも外に出たけれども、実はソフトな外での新しい閉じられた依存型ネットワークの中に生きるを作りだしている姿のようにも見える。厳しいけれども市民個人としてのそれぞれの生きるではなく、また、精神障害者という共通の生きるを共有することで地域を、そのつながりの中に依存し生きるといった現実にもつながりかねない危惧がある。

イタリアの脱施設化が実は脱制度化だったということの重要性は同時にこうした新しい地域における生きるの多元的共生への取組が現実に行われているのかということの検証を求めているということが出来る。こうした点について、イヴァン・イリッチは、現代社会の科学という

武器による管理への批判的議論を展開しつつ、脱病院化社会論において現代の医療は、医療の現場や医学の立ち振る舞い、さらに社会の中での役割において多くの課題を抱えているという。病院という近代のシステムはそのうちに個人への抑圧や医療資本との癒着などの権力的立場を指摘する。その中で、近代化は社会の成立とともに多くのその発展に寄与しないものを排除者をして除外するがその一つに病と病人の忌避とその場としての病院の完成を取り上げる。「高度工業化社会は、人々が自分のおかれた状況と闘う力を奪われたゆえに、病気を作り出すのである。そして人々が倒れるとき、その社会は破壊された関係の代わりに「臨床的」補綴を行うのである、……どんな社会でも疾病の分類は一疾病学―は社会組織を反映する。社会が生み出す病気は医師によって洗礼を受け、官僚が尊重する名を与えられるのである。……十九世紀の最後の十年間に、病院の規範と基準とは診断と治療のための基本的な判断基準となった。こうなるためには、すべての以上な徴候を病的であると考えする必要はなかった。基準からの異常としての病気が、治療の方向づけを与えることで医療の介入を正当化するだけで充分だった。」⁽¹⁰⁾

こうしたわが国の精神保健医療福祉領域の歩みを整理すると、一見「地域力」の強化が進んでいるように見えるが、いま大切なのは社会構成体としての基本構造からの問い直しの中でいけば、後期近代における「多元的循環型社会」を前提にした新しい精神保健医療福祉システムの模索が始まっているといえることができる。それは、ただ病院の外へ出るだけでなく、また出て精神障害者問題を軸に専門家と当事者、市民が相互の営みを支えあうだけでなく、多様なまち中における交流を深めながら、ごく普通の市民として働きながらともに生きる社会の形成が求められる。

3. 戦後精神保健医療福祉システムと私的医療資本の位置をめぐる

ではこうしたわが国の次社会作りとしてのシステム改革の困難は何故温存されているのか。ここではいま一度、70年代の「政治の時代」後の選択として国や地域の私的医療資本への依存と共にそのもとで育成されてこなかった医療の公共性やコミュニティの自治や障害者の就労問題などについて考える必要がある。

戦後、貧弱な内容であった上に戦時下において壊滅的な打撃を受けた病院精神科医療と入院者達とそれを裏支えてきた戦前二法体制（精神病院法を制定したにも関わらず、公的病院の設置を怠ったため、代用的に家族を取り込む監護法を並存して残すしかなかった。）の再建は当然国民主権や基本的人権や広範な社会権を謳う日本国憲法の制定によって否定され、まず人権の尊重をもとに私宅監置を廃止。行政の対象領域を少なくとも法文上は予防を含め健康の領域に拡大するとともにその中核施設として都道府県病院の設置の義務化、精神衛生審議会を含む行政機構の整備と単一の相談機構としては始めて精神衛生相談所の設置とその機能として

の訪問指導などを盛り込んだ。加えて公衆衛生の警察部からの独立、更に戦後精神保健行政を担うべく1956年、公衆衛生局に精神衛生課が設置され、予算を介在とする行政官庁と精神保健行政という構造が脆弱な中にも整備された。

こうした中で大きな行政課題となってくるのが戦前の過剰な家族依存と公的医療の極端な未整備という精神科医療行政の再建である。こうした中、例えば1954年、戦後始めて行われた精神障害者全国実態調査において次のような結果が報告されている。

この時期のわが国の精神科病床数は私立病院を含め、3～4万床である。かりに施設に収容が必要と判断される43万人、もしくは常時看護を必要とする者と限定するとしても17万人に対するための医療施設の対応が時代としてもいかに脆弱であったかがわかる。

必要な措置 自立の程度	総 数	施設に収容を 必要	在宅のまま精神 科専門医の治療 または指導必要	在宅のままその 他の指導を要す る
総 数	127 万	43 万	38 万	46 万
常時看護を必要	27	17	6	4
不完全自立	52	15	15	22
自 立	48	11	17	20

（出所）我が国の精神保健の現状

したがって、家族も多大な負担を背負っており、そこには家族関係の不安定さがある。

精神科病床数の推移

年度	1875 年	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1935	1946	1950
病床数	142 床	955	1,784	3,658	6,244	10,605	8,242	28,966	18,029	24,012

（出所）安藤道人、後藤基行
精神科病床入院体系における類型の形成と展開
医療経済研究 Vol.26 No.1 2014

精神病者監護法以後の精神病院法制定以来、設置義務により本来公的医療が担うべき精神科医療を私的医療に転化し、更に家族への監護という法的承認を与えつつ肩代わりさせてきた歴史は、結果、ここにはこの時期にしては欧米に比して決して人口対病床数比率が高くはないという逆説的な現実がある。したがって、この時期の行政的課題は家族の意向も含めて、まずは精神科病院の設置へと向かうことになる。しかし、この時期は国際的に見ればすでに、人口対精神科病床比率はピークを過ぎ、減少に向かっており、いわゆる脱病院化が始まっているともいえる。

そうした中で、わが国は幾つかの行政施策を相次いで進めて行くことになる。しかもそれらは国際的動向を考慮しつつ国民的議論のもとに、国会での審議をへて決定、推進されたものではないもではない。特に戦後わが国の医療・福祉行政のなかで、主としてわが国の行政手法で

もある通知・通達行政によって行われていく。

それらの一つは精神科病院の建設促進要因としての財政的融資支援策であり前出調査でもあるようにこの時期の国際的な精神科医療の水準から見て必要な医療施設は極めて不十分であり、家族依存の解消といった面からも国際的に進む病床削減という動向とは逆にまずは大幅な精神科病院の整備が課題となる。そのために非営利法人に対する精神病院設置及び運営に要する経費補助としての国庫補助規定を設ける法改定やいわゆる医療金融公庫、国民年金融資の創設、その他に都道府県による低利で長期な融資策などが整備され、結果としていわゆる精神科病院ブームと呼ばれる急速な病院、病床数の増加を招くことになる。

いまひとつはそうして建設されていく私的な精神科病院の施設、医療内容に関わり 1958 年の次官通達によっておこなわれた医療法における特例措置である。精神病や結核、ハンセン病の 3 疾患にかんして一般医療から切り話すというこの処置は「医療的低位処遇原則」⁽¹¹⁾といわれるものであるが病床基準や職員配置基準等をおよそ三分の一に程度の水準に切り下げを認めるという内容は、医療サービスとしての精神科医療の医療内容についての安易な姿勢を示すものに他ならないものであり、これ以後、幾度も引き起こされる精神科病院での不祥事に対する国際的、社会的批判の原因にも繋がるものである。

さらにはそうした精神科医療施設への利用者確保に関わるものであり、入院を柱とする利用手続きといまひとつは医療費の確保の問題である。

精神科病床数の推移

年度	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1993	1998
病床数	37,849	95,067	72,950	247,262	275,468	311,901	333,570	355,343	362,962	359,530

（出所）精神保健行政の歩み

なお 2012 年は 337,579 床

我が国の精神保健福祉（27 年版）

この点に関しては以後、本人の位置づけをめぐって、わが国の精神保健医療福祉システムが法制度としても重大な問題を抱え込むことになる。それは入院の手続きに関する本人外しともいえる入院同意手続きの保護者への権限移譲、いわゆる非自発的入院形態である同意入院（後、保護同意者の変更はあるものの医療保護入院として現在まで継続されている。）の導入と積極的運用である。これにより当時、脱施設化の前提となり、システム運用に関する当事者意志の確保、つまり精神科医療における利用者主権といった側面がわが国においては未発達になる。さらにこの点は以後の精神科医療の運用に当たって、医療専門職や家族、市民との間における「当事者との対話」と「了解、同意」を通して地域に蓄積され「政治の時代」後における次社会の基盤ともなる相互理解の絶対的不足につながっていくことで、脱制度化以後の地域の理解の促進や共に生きる社会の形成の大きな障害になっていく。

いま一つは入院にかかわる経費負担の問題に関する特異な運用であり、それは病院建設誘導

のためのあたかも私的経営者への配慮といった面がみえる。もちろん、1961年の国民皆保険の導入は国民的意義があるが、同年、人権上も大きな課題を作り出すことになる第9次改正に伴う公衆衛生局長通知、1963年同通知に見られる措置入院制度の積極的運用、いわゆる経済措置やさらに生活保護制度における医療扶助の運用拡大といったことが以後、公的医療の整備ではなく代替的に急速に肥大化する私的精神科医療病院の設置に大きな役割を果たすことになる。

こうしてわが国の精神保健医療福祉システムは国際的に立ち上がり始めた精神科病院の病床削減を伴う脱施設化の流れの中で、極めて特異な内容の展開を見せることになるが、一層それを押し進め、以後の改革を困難にするのはすでに触れたように供給システムの公的責任の軽視にもみれる民間依存である。しかしそれは民間にとってもまた地域にとっても、以後進められるべき在宅型の支援システムの推進やそのために必要となる公的責任を伴う初期的、広域的インフラの整備や処遇困難事例への責任回避として結果的に大きな負担を強いることにもなっていく。

周知のようにこうした急速な私的病院病床数の増加は戦後の精神保健医療行政によって形成、蓄積されたものである。しかしまた精神科病院を核とし、多大な精神科医療サービスを抱え込む強大な私的医療資本は、すでにみてきたように戦後から今日に至るまで何度かの改革期においても医療行政の政策的具体化における事業の担い手としても位置づけられてもきた。しかもそのことはこの時期、新たな地域事業を計画する場合の多くの施設コンフリクトにみられるように地域の側においても事業展開における治安的安心の確保として受け容れられ認知されてきた面でもある。結果、そのことによって内を必要とした外の検証のための地域における対話や多様な担い手の形成や共に生きることを確保するための経験の絶対的な不足になり新しい社会の形成になかなかつながらなかった。

実は1970年代における「政治の時代」以後、イタリアにおいてもそう簡単に精神科病院の閉鎖と施設としての精神科病院を必要としない地域での新たな展開が出来たわけではない。既存の社会の構成者である多くの専門職や市民、さらに政治的にも反対を含む多様な意見の数多くの対話と交流があり、だからこそ公立精神科病院閉鎖には20年という時間を必要とした。そしてまた今、そうした「精神疾患に対する社会の眼差し」⁽¹²⁾の新たな試みとして2015年、司法精神病院（OPG）の廃止が国会で成立し、地域間の多様な格差をかかえつつそれぞれの地域でのREMS（閉鎖型グループホーム）などでの受け入れという新しいコミュニティでの経験が始まっている。

4. 国際的にみる脱施設化と脱制度化の比較について

——特にアメリカの脱施設化時代とイタリアの取り組みを通して——

すでに検討してきたように脱施設化と脱制度化という政策のもつ意味の違いは、その後の社

会における精神保健医療福祉領域のあり方に大きな違いをつくり出す。したがってこの点では、1960年頃から1980年頃に至る各国の脱施設化をどのように整理するのか再検証が必要になる。ここではすでにふれてきたように脱制度化を強く意識するイタリアの経験と比較しながら国際的に最も早く「脱施設化宣言」をしたアメリカのその後について多少の比較をしながら考えてみたい。

よく知られるようにケネディ教書を一つのきっかけにアメリカの脱病院化は1963年から1973年までの10年間に州立病院入院者数でみると49万人から25万人へと急速に進んでいく。しかし実際にアメリカの精神科病院への入院者のピークは多くの国がそうであったように1950年代半ば、実際には1955年であり、脱入院化への動きも同年、精神衛生研究条例をもとに「精神疾患と精神衛生に関する合同委員会」が設置され、同委員会リポートで精神病院の改革と地域サービスの重視が取り上げられるという流れの中でケネディ教書の脱施設化宣言が出されている。ケネディ大統領教書では次のようにこの政策への関心を表明している。

「精神病及び精神薄弱は、われわれの直面する保健問題のうちで、最も火急のものである。この二つは他の疾患よりもはるかに頻度が高く、多数の人々をおかし、きわめて長期にわたる治療を必要とし、患者の家族に極度の苦痛を与え、きわめて大量の人的資源を浪費し、国家財政及び個々の家族の大きな経済的負担となっている。」とし、さらに多くの入院患者に対し「……納税者である国民に課せられた税金の増額は、年間で24億ドルを超え、これが直接公的経費に充てられている。……これに福祉対策費や人的資源の浪費という間接な公費を加えればさらに、莫大なものになる。」⁽¹³⁾

アメリカでも1800年代半ば以後、農村社会から工業化社会へ、また都市の急速な発展の中、多数の精神障害者が社会から隠蔽され、排除されまた救貧院から刑務所、少ない精神病院へと拘禁されている時代があり、やがてドロシア・リンド・デックスやクリフォード・ピアーズなどの運動をへて、20世紀に入りいわゆる精神病科の時代へと進んでいく。ここには例えばアメリカの1963年ケネディ教書を端とする脱病院化（排除されたその町に、ふたたび同じ暮らしの価値や文化に返す）ということは前期近代の経済発展への貢献度によって人間の価値（重用と排除のベクトル）の社会に、再び参加することを意味する。したがって、そこで求められるのは基礎構造での経済発展への貢献度による人の階層化への復帰（納税者）である。この点では世界で最も最初の脱施設化宣言である大統領教書は、この時期に始まる「政治の時代」に対するアメリカの、経済発展の停滞と財政的逼迫化を背景に無駄な予算の削減とさらなる経済発展を求める新たな富の増大への多くの国民の参加の呼びかけがある。

アメリカの精神保健の全容について論説した、The Group for the Advancement Psychiatry (GPA) という学術団体の報告書にこの時期の状況が詳細に取り上げられている⁽¹⁴⁾。報告書ではケネディ大統領の新しいアプローチ（……監視的な隔離という冷たい思いやりに代わり、地域の関心とその可能性という開かれた暖かさによる精神病にアプローチ……予防、治療、リハ

ビリテーションは、患者を拘禁するという漫然とした方法にとって代わられるであろう。……新しい精神衛生プログラムの中心は地域医療である。今日いきわたっている古い型の施設ケアをつけることに基金をそそぐだけでは、事態はほとんど変わりはないであろう……）が何をもたらしたかについていくつかの重要な指摘を行っている。この国際的に最も早く出されたとされるこの脱施設化宣言はどのような意図をもって病院から地域に精神障害者を帰したのか。そのことを通して施設としての精神科病院への再入院を必要としない社会を作ろうとしたのか。

しかしこの教書の具体化にあたって、地域支援の機関となる地域精神衛生センターの業務は短期入院ケアや地域の相談・教育などの基本サービスに絞られ結果最も重要だとされたアフターケアに関しては財源問題から実施されなかった。さらに退院後の患者ケアを不十分な福祉システムと資源をもたない地域に移し替えるという現実になり、加えて労使問題をかかえるとともに病院医療の再検討もなく精神科病院のスタッフの地域への移動も起こることはなかった。結果、地域に帰った彼らを待っていたのはきわめて不十分な居住施設であったり、再入院やナーシングホームへの入所や地域的には孤立するものが多いという現実が報告されている。

1955年に558,922人と頂点に達していた精神科病院への入院者はこの脱施設化宣言を期に急速にその数を減らし、多くの精神障害者が地域へと退院していった。しかし退院していった患者がどのような生活をしているのかについては詳細な報告はない。ただGPA報告書では①多くの患者が多く町の町で実際には地域のメンバーになることはできなかったこと。②地域での患者に対する保護や適切なフォローアップ・ケアが極めて不十分であったこと。③脱入院化によって家族との間に大きなトラブルを抱えることが多いこと。④居住施設における生活の質は問題が多いこと。⑤脱入院化によって大量の高齢者患者が地域の貧しい施設へと移動することになったとしている。

もちろんこのほぼ10年間にわたる地域での新たな提案を十分にもたない空白ともいえる動向への反省を踏まえ、1980年代に入ると民間によるさまざまな支援システム、プログラムの開発と運用が始まり、それらを利用した精神障害者の地域でも暮らしが始まっているのも現実であるが、しかしこうした外での変化は民間ベースでありかつ精神科病院という内の検証や変容と連結しているわけではない。

一方、トリエステに始まり、国内に大きな違いを内包しつつ十分とはいえないまでもイタリアのトリエステ化として全国に進んでいった脱制度化の取り組みにおいてバザーリア達が目指したものは決して脱病院化としての単なる退院してまちに帰るということではない。まさに精神医学が歴史的にも社会から任された役割の見直しであって、「もの化された身体化をもとに戻す」こと含む、精神科医療の新しい役割と方法への取り組みである。詳細にはすでに多くの報告があるのでここでは詳細には取り上げないが、もっとも重要だと思われるのはこの始まりがまず当事者との対話を続けながら病院を中心とした精神科医療そのものの問い直しから始まっ

ているという点である。したがってゴリツイアからパルマ、トリエステと続く改革の中で当事者を含むアッセンブレア（自治集会）を開催しながら対話、合意を根気強く形成し、一方で援助者の方法の見直しと意識改革、再教育と平行して、患者に市民を取り戻す、医療の人間化を追求する。その先に施設としての病院の必要性をなくしていくことで、まちで共に暮らすという脱病院化が脱制度化として形作られる。例えばその中には患者が地域に帰り、市民として暮らすために給付金を社会年金の形で受け取ることを可能とする障害者市民として認定される行政手付きを行ったり、精神病院の内部において医療的な働きかけの改革とともに、1973年当初、団結労働者共同組合とを発足させ、それがやがて労働協働組合として設立し、それによって患者が労働者として位置づけられ、結果、労働契約に基づいた賃金が支払われるという極めて注目される取り組みが行われたことは、以後、地域における患者が市民であることを位置づけることに大きな意味をもつことになる。ここには生きる場所とその質の追求がある。

こうしたことはすでに見てきたような近代化のなかで進む排除への問い直しでもあり狂気と理性の新しい関係でもあり、次なる社会の価値や文化への試みである。結果、こうした取り組みはトリエステモデルとして国際的にも1970年代から、WHOのパイロットプログラムが始まり、1987年にはWHOメンタルヘルス調査研究コラボレイティングセンターに認定されている。

バザーリアはこうした脱施設化の必要性と方法に関し、注目されるブラジル講演で人間のもつ狂気について次のような重要な指摘をしている。「私たちの中には理性が存在するように狂気も存在しています。……文明社会というためには社会は理性と同じく狂気も受け入れなければならないのです。ところがこの社会は、狂気を理性の一部として受け容れています。したがって社会は狂気を排除する役割を果たす科学の力で、狂気を理性に変えようとします。……マニコミオは変えるという行為において理性を維持しています。」したがって近代社会の成立過程で入院させられると狂人を病人として理性的な存在にすることにある。大切なのはこうした結びつきを「いかにして破壊するのか。施設化された狂気をいかにして乗り越えるのか。そして狂気が生み出される場所、つまり生活の中でいかにして狂気を認識するのか」ということが重要な課題になってくるとする⁽¹⁵⁾。

こうしたことを踏まえ、脱制度化後の新しい社会における逸脱の管理の方法として、例えばフランス型のセクター制やアングロサクソン諸国のコミュニティ政策といったことをあげながら、この期のアメリカの脱施設化について次のように表現している。

このケネディ教書の提案の背景として、1960年代にはいり隠された貧困の発見や公民権運動のひろがりによるなど社会の混乱の中で当時アメリカ社会が数多くの生産性の低い人々をかかえ、排除としての従来のシステム、例えばその中の刑務所や精神病院などでは対応しきれなくなっており、「新しい倫理や新しい見方、つまり替わりゆく資本主義社会に適合した新たな統治の仕組み」を必要としていたとし、それは「暴力や抑圧をもちやそれほど必要としない社

会管理の技術」だとする。こうした点から実際に1963年の教書による脱病院化は少なくともしばらくの間、次のように位置づける。

この1963年の教書は精神科病院の終焉に向けた兆しであり、その方法として連邦政府の出資、管轄による精神保健センター網を開設し、そのキャッチメントエリアは社会福祉サービスとむすびついて旧来の精神病院に替わって、「町全体を包み込んだ巨大なマニコミオ（精神科病院）という意味がある。」とした。

検討してきたように、わが国の精神保健福祉システムの現状は、大きく見ればこうした70年代後半を中心とする、後期近代をめぐる多様な選択肢が問われた「政治の時代」の中で選択されてきたものだともいえる。すでにふれたようにそれは経済的發展を前提とした、国家による雇用調整としての経済市場への介入と所得移転としての社会保障という制度・政策的修正を可能とした時代がもはや終焉し、財政的にも方法としても新たな方策を多くの国が模索していた時期でもあったといえる。

見てきたようにそれは国家機機能とともに既存制度への不信を前提に分配の不平等への介入とそのためのサービスの生産と供給方法の見直しであり、そのことを前提とした新たな市民社会の形成と、それを支える価値や文化のあり方、したがって、そこでの精神科医療の質を問うものである。例えばそのことは国や自治体と共に企業や市民社会のあり方の再検討であり、サービスの生産、提供、利用に関わる専門家や当事者、家族と共にコミュニティにおける市民との新たな関係性や権利と義務の再構築でもある。

そうした面で見れば、70年代は日本もイタリアもアメリカも同様な構造をかかえていたということが出来るし、取り上げてきた精神保健福祉システムもそうした同様の背景を抱えつつ、しかしその後の選択の相違が今日に続く脱制度化の違いに繋がっていると考えられる。

お わ り に

ここで取り上げたのは国際的にも指摘されるわが国の精神保健医療福祉システムの特異さの解明であり、その改革である。それは幾つかの特徴を持っている。例えばいっこうに削減されない大量の精神科病院病床やその再利用、自発的入院を含む入院制度や保護者制度の整理、更に福祉制度との関連での法制度の未整備。また、地域における医療や雇用、さらに住居といった地域支援ネットワークの希薄さとともにシステム全般における公共性の曖昧さといったことが、課題としての脱制度化と現実としての施設化という今を實を作りだしている。

しかし今回の検討で見てきたように、こうしたことの改革への本来の課題は単に脱施設化としての地域移行、病院から出るといったことにあるのではなく、それでもなお、施設として濃密なサービスの集合エリアである膨大な精神科病院病床数をいまでも必要とする社会そのものの方法や構造的な検証である。

いわゆるイタリアの180号法以後の目指したものは単に精神科病院の廃止ということだけではなく法の表題が「自発的及び強制的な病状確認と保険医療処遇」ということにあるように単に精神病患者だけを選別して対象化する特別な法律の撤廃を目指しとところに重要な意義があるとされる⁽¹⁶⁾。これは一般的な市民社会における精神科病院への入院のもつ社会としての意味とともに脱制度化の受け皿としてどのような社会のありようを価値、規範、文化といったことと共に作り出していくのかということにつながっていく。

かつて、「ポスト脱施設化社会の行方」⁽¹⁷⁾として社会システムにおける人間化の問題を取り上げた。そこでは援助と社会の圏域設定を通して、わが国の現実が次社会で重要な意味をもつ本人の位置づけなどを含み質としての変容を伴っていないこと、したがって場としての地域への移行が起こっても地域におけるケアの検証は十分とはいえず社会はそのままであるしまち中の精神障害者の日常も旧来のままであることが多い。社会から排除された人々は排除をする社会に帰っていくが、それがまた外で地域事業という内を作ることになる。もちろんそうした蓄積が社会の変容を作り出す可能性を持っていることには注目しておかなければならない。

すでにふれたようにイタリア、トリエステの脱制度化へ試みが教えてくれるものはそうした場の移行が、壁の内外の移動が重要なのではなく社会そのものの中にある多様な存在への拒否的な価値や規範、文化といったことの見直しでもある。もちろんそうしたことが脱制度化の問い直しを通して簡単に具体化するものでないことはたしかであるが、それでも近代が作りだした社会的排除者の復権と共生が大きな課題であることは事実である。

その点で、最近の障害者総合支援法をもとに地域に持ち出された多様な事業者と援助専門職の緩やかなネットワークルによる支援地域事業の広がりをどのように評価するのか、それが次社会である多元的循環型社会への連結を目指すのか、それとも少なくともアメリカの1960年から70年代のように新しい管理の方法にとどまるのかがいま問われている。決して外と内はそれぞれに独立した場ではない。そのためにはすでに検討してきたように社会の上部構造における脱施設化では決して十分ではなく、内と外を一体的に把握する脱制度化として「暮らす場所とその質」、いわゆるまちなかケアを問い続けながら社会そのものの基本構造やその柱となる思想や価値、規範さらに共生的な文化といったことの問い直すことを通し、いずれ施設としての精神科病院を必要としないまち作り出して行くための実践の蓄積が求められている。

〔引用文献〕

- (1) E・ゴッフマン 石黒毅訳（1984）「アサイラム」誠信書房
- (2) 松嶋健 （2014）「プシコ ナウティカ」世界思想社
- (3) S・シュミット （1985） 半田文穂訳「自由こそ治療だ」悠久書房
- (4) ジュベッセ・デララクア （1999） 福田静夫訳 「精神病院法の改正」社会福祉学論集 101号 日本福祉大学
- (5) 岩田正美（2008）「社会的排除 参加の欠如・不確かな帰属」有斐閣

- (6) 北原糸子（1995）「都市と貧困の社会史」吉川弘文館

北原は日本における江戸後期から明治に至る近代化過程での排除形成とそれらに対する制度による捕捉過程を詳細に検証している。そこには近代化がその基底とした都市の成立と経済発展への貢献度をもとに排除されていく多様な人々とそのために立ち上がる施設制度という社会の動きを論じている。

病を社会的に捉えたと近代社会の成立に伴う理性としての科学の成立によって例えば精神病は精神医学に補足されていくようになる。しかしその過程において北原は、ハンセン病や性病といった病気について触れつつ「……精神病は悟性の喪失を通して、いずれも人間のあるうべからざる姿を現出させる恐ろしくも忌むべき病いとされ、介護よりも隔離、保護よりも隠蔽が優先されてきたからであろう」という立ち上がりにつれつつ、やがて、厄介者として社会から排除されていくという。

- (7) 松嶋健（2008）「フランコ・バザーリアと「文化」」ころと文化 第7巻第1号 多文化間精神医学会

- (8) 厚生労働省（2014）「長期入院精神障害者の地域移行に向けて具体的方策に係る検討会」

- (9) 岡田靖雄他（2003）座談会「わが国の精神科医療の歴史をめぐって」週刊医学界新聞 医学書院
こうして今日でも続く1960年代体制に関連して、中村は次のような比喩的描写をしているが、まさに現代に続くわが国の精神科医療の構造を言い当てているものと思える。

「もしあなたが日本で深刻な精神病、たとえば統合失調症え入院したとすると、そこからいくつかのことが予想できる。まず、あなたは公立の病院ではなく私立の病院にいる見込みが高い。次に、あなたは自発的な同意により入院を受け入れた見込みが高い。ただし場合によっては、家族があなたの意に反してあなたを入院させていることもある。また、これはかなりまれな場合だが、精神科医や都道府県の精神医療審査会によって、あなたの意志に反して、一時入院させられていることもある。

一度精神病院に入ると、そこはかなり長期間、あるいは数年しことになる可能性もある。ただし、法律上では、あなたはいつでも自分の意志で退院することができるようになっている。この点は昔とは大きく違う。もっとも、たとえ退院したとしても結局はもう一度入院することになるだろう。特に、家族があなたが戻ってくることを望んでいなかったり、あなたの住んでいるところに地域ベースのプログラムが存在しない場合には、再入院の見込みは高い。

病院内では、異なった種類の抗精神病薬を一度に、かなり多く服用することになると予想される。もしかすると、抗うつ剤やその他の薬剤も一緒に服用することになるかもしれない。これらの薬はあなたの脳をぼんやりとした状態にさせ、物事をはっきりと考えることを難しくしてしまうこともあるだろうし、薬の副作用で体重がひどく増減するかもしれない。とはいえ病院は多くの窓（格子付きだが）を備えた近代的な施設であり、小ざれいで明るく、太陽もよく当たる。単純な作業療法などの数日間のプログラムもあるし、終日テレビを見ることもできるだろう。もしも先進的な施設にいるなら、付属のデイケア施設でパンを焼いたり、付属のカフェでウェイターをしたりして過ごすこともできるだろう。」

中村かれん 石原・河野編訳（2014）「クレイジー・イン・シャパン」医学書院

- (10) イヴァン・イリッチ 金子嗣郎訳（1979）「脱病院化社会」晶文社

- (11) 中山宏太郎（1960）「精神医療と法」弘文社

- (12) 近田真美子（2016）「私たちが学ぶべきは、方法論ではなく、人間への眼差しだ」精神科看護 医学書院

- (13) 日本精神衛生会（1964）「精神衛生」92-93号

- (14) GAP 報告書 仙波恒雄監訳（1980.5）「アメリカの精神医療」星和書店

- (15) フランコ・バザーリア（2017）大内・鈴木他訳 講演集「自由こそ治療だ」岩波書店

- (16) 美馬達哉（2008）「福祉国家の終わりの始まりとしての介護保険」Finansurance 通巻42号 Vol.11

No.2

- (17) 拙稿 （2014）「ポスト脱施設化社会の行方」佛教大学福祉開発教育センター紀要

〔参考文献〕

- フランコ・バザーリア （2017） 大内・鈴木他訳 講演集「自由こそ治療だ」岩波書店
- C・ソーニクロフト M・タンセラ 岡崎祐士他監訳 （2012）「精神保健サービス実践ガイド」日本評論社
- 石原孝二 （2016）「精神医学と当事者」東京大学出版会
- 鈴木晃仁他編 （2016）「精神医学の歴史と人類学」東京大学出版会
- 岡崎温司 （2008）「フロイトのイタリア」平凡社
- 石原孝二 （2013）「当事者研究の研究」医学書院
- 二木立 （1998）「保健・医療・福祉複合体」医学書院
- 稲沢公一 （2017）「援助関係論入門 人と人との関係性」有斐閣
- 多賀茂他編 （2008）「医療環境を変える」京都大学学術出版会
- 井上芳保 （2011）「プリコラージュとしての精神医療」札幌学院大学社会情報 札幌学院大学総合研究所
- 田川精二 （2016）「精神科診療からみた地域移行と病床数削減」精神神経誌 118 巻 9 号
- 箕島豪智 阪上優 （2014.2）「イタリア精神医療改革に触れて」京都大学国際交流センター論攷 第 4 号
- ジェベツェ・デラックア （1999.8） 福田静夫訳 「精神病院法の改革」日本福祉大学社会福祉論集 第 101 号
- 美馬達哉 （2008）「福祉国家の終わりの始まりとしての介護保険」Finansurance 通巻 42 号 Vol.11 No.2
- 渡邊 乾 （2011）「精神科病院を全廃したイタリアから学ぶ」作業療法・30 巻第 5 号
- 浦河べてるの家 （2005）「べてるの家の「当事者研究」」医学書院
- 大熊一夫編著 （2016）「精神病院はいらない」現代書館
- 中村かれん 石原・河野編訳 （2014）「クレイジー・イン・シャパン」医学書院
- ミケーレ・ザネッティ, フランチェスコ・パルメジャーニ 鈴木・大内訳 （2016）「精神病院のない社会をめざして」岩波書店
- 水野和夫 （2014）「資本主義の終焉と歴史の危機」集英社
- 呉秀三（金川英雄 現代語訳）（2015）「わが国における精神病に関する最近の施設」青弓社
- 横川善正 （2016）「ホスピスからの贈り物」ちくま新書
- 中井久夫監修 （2015）「統合失調症をたどる」ラグーナ出版
- 佐伯啓思 （2017）「経済成長主義への決別」新潮選書
- フェリックス・ガダリ （2012） 杉村昌昭訳「精神病院と社会のはざままで」水声社
- S・シュミット 半田文穂訳「自由こそ治療だ」（1985.9）
- 北原糸子 （1995）「都市と貧困の社会史—江戸から東京へ」吉川弘文館
- 猪飼周平 （2010）「病院の世紀の理論」有斐閣
- 渡邊 琢 （2017）「とまどいの苦難」賃金と社会保障 No1687・88
- 検討結果報告書（案）（2017） 神奈川県障害者施策審議会「津久井やまゆり園再生基本構想策定に関する部会」
- 厚生労働省報告書 （2017）「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」
- 岡田靖雄 （1981）「私説 松沢病院史」岩崎学術出版
- 岡田靖雄 （2002.5）「日本精神科医療史」医学書院
- 八木剛平, 田辺英 （2002.4）「日本精神病治療史」金原出版

高林陽展（2017）「精神医療、脱施設化の起源」みすず書房

高林は近代社会の成立とともにやがて、狂人の医療による補足が起こってくるとしてフーコーを引きながら、イギリス社会の歩みを次のような指摘をする。

「17世紀から18世紀にかけてヨーロッパでは、啓蒙思想を背景として理性と非理性が分離されたことにともない、狂気（精神疾患）は後者のカテゴリーに分類されるようになった。そして狂人（精神病患者）は非生産的な社会的逸脱者（貧民、病者、老人、犯罪者、浮浪者、売春婦など）の代表格として、新たに設立された矯正施設や精神病院に監禁されることになった。」

GAP 報告書 仙波恒雄監訳（1980）「アメリカの精神医療」星和書店

イヴァン・イリッチ 金子嗣郎訳「脱病院化社会」晶文社

東京都養育院編（1974）「養育院百年史」東京都

橋本明（2011）「精神病患者と自宅監置 - 近代日本精神医療史と基礎的研究」六花出版

松嶋健（2008）「フランコ・バザーリアと「文化」」こころと文化 第7巻第1号 多文化間精神医学会

江口英一他編（1979.6）「山谷 失業の現代的意味」未来社

ここで取り上げた社会的排除は特に高度経済成長期において顕著に顕在化する。

社会がもつこうしたベクトルについて江口は山谷の調査を通して次のように指摘する。

「……『「山谷」の労働と生活は、したがって「山谷」とは「底辺」「賃金労働者」を「住所不定」者＝浮浪者たらしめ、公的な扶助・救済なしには、もはや生存さえ不可能な、最下の「沈殿」＝「窮迫民」を生み出す一つの「スクリーン」としての機能を果たす、装置である。このスクリーンを通じて、この「沈殿」＝「窮迫民」は、更に「山谷」からさえ「流動」化させられ、遠隔に隔離された老人ホームなどの収容施設へ、「施療」病院へ、鉄格子のある精神病院へ、あるいは「死」へとおくり込んでいく一つの社会的装置でもある。これが労働力の「流動」化するものの、……」と指摘している。

岩田正美（2008.12）「社会的排除 参加の欠如・不確かな帰属」有斐閣

西澤晃彦（2005）「排除による貧困」岩田正美他編 貧困と社会的排除 ミネルヴァ書房

三野宏治（2010）「日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察」Core Ethics Vol.6

岡田靖雄（1979）精神科慢性病棟 岩崎学術出版

山田理恵（2015）松嶋健先生後援会「＜差異＞を耕す。ーイタリアの地域精神保健とスローフード運動の思想」報告 多文化共生・総合人間学プログラムイベント報告

山田は松嶋の講演会に触れながら、次のような指摘は極めて重要なものを含んでいると考えられる。『「法律180号」が制定される5年前、入院患者による統一労働者社会協同組合が精神病委の中に作られた。精神病院をこわせば、そこで暮らしていた患者たちも、新たな環境にさらされることになる。このイタリア精神医療の転換期に、入院していた人々にとって重要だったのは『患者』から『労働者』への位置づけの転換であった。そのことを通して働くことを軸に人や思想のまちへの移動が起こってくる。』

〔付記〕

本研究は、トヨタ財団2015年度研究助成プログラム（A）共同研究助成「多元的循環型社会における精神保健福祉システムの再構築—政策類型化を通して」の研究成果の一部である。

（おかむら まさゆき 社会福祉学科）

2017年10月31日受理